**VACCINAZIONE ANTI-COVID 19**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO**

**Artt.46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000, n.445**

All’Azienda sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,* nata/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_*comune*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_\_\_\_ *via/piazza\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ , documento identificativo n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali cui va incontro nel caso di dichiarazioni false o mendaci nonché nel caso di falsità in atti o di uso di atti falsi, come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera come previsto dall’articolo 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

Di essere:

* Appartenente alle forze di polizia / forze armate / guardia di finanza /VVFF e di essere impiegato nel contrasto e contenimento dell’emergenza COVID-19 o in servizi prioritari di ordine pubblico, di soccorso o di protezione civile
* Appartenente a organizzazioni di volontariato della Protezione civile e di essere impiegato in prima linea a supporto delle attività di contrasto e contenimento dell’emergenza COVID-19
* Appartenente al personale della Agenzia delle Accise, Dogane e Monopoli non ancora sottoposto alla prima somministrazione che svolge ex lege, con funzioni di polizia giudiziaria, esclusive attività negli spazi doganali, costantemente impiegato in servizi essenziali anche per il contrasto del fenomeno pandemico
* Appartenente al personale scolastico e universitario docente e non docente, non ancora sottoposto alla prima vaccinazione.
* Operatore sanitario
* Operatore non sanitario che opera in struttura sanitaria o sociosanitaria
* Studente / tirocinante / specializzando di area sanitaria

e che opera presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, si informa che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_